



5300 W Hillsboro Blvd, Suite 110
 Coconut Creek, FL 33073
 (954) 794-1360 off
 (954) 794-1367 fax

PATIENT HISTORY
HISTÓRICO DO PACIENTE

Last Name: _____ **First Name:** _____ **Date:** _____
 Sobrenome: _____ Primeiro nome: _____ Data: _____

Date of Birth: _____ **Sex:** _____ **Phone:** _____
 Data de Nascimento: _____ Sexo: _____ Número de Telefone: _____

PAST MEDICAL HISTORY - HISTÓRICO MÉDICO

- NO YES Serious injuries or accidents**
Ferimentos sérios ou acidentes
- NO YES Surgeries**
Cirurgias
- NO YES Hospitalizations**
Hospitalizações
- NO YES Chickenpox**
Catapora
- NO YES Frequent ear infections or sinus infections**
Infecções de ouvido frequentes ou sinusite
- NO YES Pharyngitis/ tonsillitis**
Faringite / amigdalite
- NO YES Other infectious illnesses**
Outras doenças infecciosas
- NO YES Allergic rhinitis or other allergy**
Rinite alérgica ou outra alergia
- NO YES Allergy to animals**
Alergia á animais
- NO YES Outdoor allergens**
Reações a alérgenos do ar livre
- NO YES Indoor allergens**
Reação a alérgenos de interiores
- NO YES Asthma, bronchiolitis, bronchitis, pneumonia or croup**
Asma, bronquiolite, bronquite, pneumonia ou crupe
- NO YES Heart problems or heart murmur**
Problemas no coração ou sopro cardíaco
- NO YES Abdominal pain/GER**
Dor abdominal / Doença do refluxo gastroesofágico (DRGE)
- NO YES Constipation requiring doctor visits**
Constipação que requeira visita médica

- NO YES Bladder or kidney infection or other urologic problem**
Infecção de bexiga ou rim ou outro problema urológico
- NO YES Bed-wetting (after 5 years of age)**
Urina na cama (depois dos 5 anos de idade)
- NO YES Eye conditions/ corrective lenses**
Problema de visão / lente de contato corretiva
- NO YES Problems with ears or hearing**
Problemas com os ouvidos ou audição
- NO YES Chronic or recurrent skin problems (acne, eczema, etc)**
Problema de pele recorrente ou crônico (acne, eczema, etc)
- NO YES Anemia or bleeding problem**
Anemia ou problema de sangramento
- NO YES Blood transfusion**
Transfusão de sangue
- NO YES Frequent headaches**
Dores de cabeça frequentes
- NO YES Seizures, developmental delays, ADD/ADHD or other neurologic disorder**
Convulsões, atrasos de desenvolvimento, DDA / TDAH ou outro problema neurológico
- NO YES Mental health concerns**
Saúde mental comprometida
- NO YES Orthopedic problems**
Problemas ortopédicos
- NO YES Diabetes**
Diabetes
- NO YES Thyroid or other endocrine problems**
Tiróide ou outros problemas endocrinológicos
- NO YES If female, have menstrual periods started?**
Se mulher, já entrou no período menstrual?
- NO YES If female, any problems with periods?**
Se mulher, tem algum problema com a menstruação?
- NO YES Use of alcohol or drugs**
Uso de álcool ou drogas
- NO YES Emotional problems**
Problemas emocionais
- NO YES Other significant problems**
Outros problemas significativos

FAMILY MEDICAL HISTORY
HISTÓRICO MÉDICO DA FAMÍLIA

- NO YES Nasal allergies or other allergies, WHO: _____**
Alergias nasais ou outras alergias, QUEM
- NO YES Asthma/lung disease, WHO: _____**
Asma/ doença de pulmão, QUEM
- NO YES Heart disease or heart condition, WHO: _____**
Doenças do coração ou problemas cardíacos, QUEM
- NO YES High blood pressure, WHO: _____**
Pressão alta, QUEM
- NO YES High cholesterol, WHO: _____**

- Colesterol alto, QUEM
 NO YES **Diabetes, WHO:** _____
 Diabetes, QUEM
 NO YES **Cancer, WHO:** _____
 Câncer, QUEM
 NO YES **Anemia, WHO:** _____
 Anemia, QUEM
 NO YES **Bleeding disorder, WHO:** _____
 Distúrbio de sangramento, QUEM
 NO YES **Epilepsy or convulsions, WHO:** _____
 Epilepsia ou convulsões, QUEM
 NO YES **Mental retardation, developmental delays or neurologic disorder including ADHD/ADD, WHO:** _____
 Retardamento mental, atraso de desenvolvimento ou disordem neurológica incluindo TDAH/DDA, QUEM
 NO YES **Liver disease (hepatitis), WHO:** _____
 Doença de fígado (hepatite), QUEM
 NO YES **Stomach or intestine disorders (gastritis/ulcers...), WHO:** _____
 Distúrbios de estômago ou intestino (gastrite/ úlceras..) QUEM
 NO YES **Kidney disease (kidney stone), WHO:** _____
 Doença renal (pedra nos rins), QUEM
 NO YES **Bed-wetting (after 10 years old), WHO:** _____
 Urina na cama (depois dos 10 anos de idade) QUEM
 NO YES **Hearing impairment, WHO:** _____
 Deficiência auditiva, QUEM
 NO YES **Vision impairment or eye disorder (myopia, astigmatism...), WHO:** _____
 Deficiência visual ou disordem ocular (miopia, astigmatismo), QUEM
 NO YES **Immune problems, infections or HIV/AIDS, WHO:** _____
 Problema com imunidade, infecções ou HIV/AIDS, QUEM
 NO YES **Alcohol abuse, WHO:** _____
 Abuso do álcool, QUEM
 NO YES **Drug abuse, WHO:** _____
 Abuso de drogas, QUEM
 NO YES **Mental illness, WHO:** _____
 Doenças mentais, QUEM
 NO YES **Tuberculosis, WHO:** _____
 Tuberculose, QUEM
 NO YES **Additional conditions** _____
 Condições adicionais

SOCIAL HISTORY:
 HISTÓRICO SOCIAL

Adopted? Yes No If yes at what age _____
 Adotado (a) sim ou não, com qual idade _____

Lives with an intact family _____
 Mora com a família que nunca foi desmembrada

Non intact custody status _____
 Status da custódia dos filhos

Visitation Status of Non Custodial Parent _____

Status da visita do responsável que não tem a custódia

Siblings _____

Irmãos

Pets _____

Animais de estimação

Smokers in the home _____

Fumantes em casa

Guns in the home _____

Armas em casa

Guns are locked and kept separate from ammunition _____

As armas estão trancadas e mantidas em local diferente da munição